

○河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則

制定 平成19年3月30日 規則第1号

目次

- 第1章 総則（第1条—第5条）
- 第2章 補償及び福祉事業（第6条—第19条）
- 第3章 審査会（第20条・第21条）
- 第4章 雑則（第22条—第25条）
- 附則

**第1章 総則**

（趣旨）

**第1条** この規則は、河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（平成19年河北郡市広域事務組合条例第2号。以下「条例」という。）第2条の2第2項ただし書、第4条第8項、第8条ただし書、第15条、第19条第8項、第20条第2項、第22条の2第1項、第23条、附則第2条の3第1項から第3項まで及び附則第3条第1項から第3項までの規定に基づき、河北郡市広域事務組合公務災害補償等認定委員会及び河北郡市広域事務組合公務災害補償等審査会の組織及び運営、補償の手續その他条例の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

**第2条** この規則において「災害」、「補償」、「職員」、「通勤」、「実施機関」、「認定委員会」、「補償基礎額」、「福祉事業」又は「審査会」とは、それぞれ条例第1条、第2条、第2条の2第1項、第3条第1項、第4条第1項、第5条、第17条又は第19条第1項に規定する災害、補償、職員、通勤、実施機関、認定委員会、補償基礎額、福祉事業又は審査会をいう。

（公務上の災害の範囲）

**第2条の2** 公務上の災害の範囲は、公務に起因する負傷、障害及び死亡並びに別表第1に掲げる疾病とする。

（通勤による災害の範囲）

**第2条の3** 通勤による災害の範囲は、通勤に起因する負傷、障害及び死亡並びに次に掲げる疾病とする。

- (1) 通勤による負傷に起因する疾病
- (2) 前号に掲げるもののほか、通勤に起因することが明らかな疾病

（日常生活上必要な行為）

**第2条の4** 条例第2条の2第2項ただし書の日常生活上必要な行為であって規則で定めるものは、次に掲げる行為とする。

- (1) 日用品の購入その他これに準ずる行為
- (2) 学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校において行われる教育、職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）第15条の6第3項に規定する公共職業能力開発施設において行われる職業訓練その他これらに準ずる教育訓練であって職業能力の向上に資するものを受ける行為

(3) 病院又は診療所において診察又は治療を受けることその他これに準ずる行為

(4) 選挙権の行使その他これに準ずる行為

(災害の報告)

**第3条** 実施機関は、その所管に属する職員について、公務又は通勤により生じた  
と認められる死傷病が発生した場合は、その指定する者に、速やかに報告をさせ  
なければならない。

(認定及び通知)

**第4条** 実施機関は、前条の報告を受けたときは、認定委員会の意見を聴いて、そ  
の災害が公務又は通勤により生じたものであるかどうかを認定し、公務により生  
じたものであると認定したときは様式第1号、通勤により生じたものであると認  
定したときは様式第1号の2により、補償を受けるべき者に速やかに条例第3条  
第2項の規定による通知をしなければならない。

(認定委員会)

**第5条** 認定委員会は、委員長が招集する。

2 認定委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き及び議決するこ  
とができない。

3 認定委員会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、委員  
長は、委員として議決に加わる権利を有する。

4 前項の場合において、可否同数のときは、委員長が決する。

5 委員長は、会議録を調製し、開会の日時及び場所、出席委員の氏名、議事の要  
領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。

6 前各項に定めるもののほか、認定委員会に関し必要な事項は、認定委員会が定  
める。

## 第2章 補償及び福祉事業

(療養の方法)

**第6条** 療養補償たる療養は、理事長の指定する病院若しくは診療所若しくは薬局  
(以下「指定医療機関」という。)又は理事長の指定する訪問看護事業者(居宅を  
訪問することによる療養上の世話又は必要な診療の補助の事業を行う者をいう。  
以下同じ。)において行う。

(給与その他の収入の一部を受けない場合における休業補償)

**第7条** 職員が公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若  
しくは疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務の全部について従事するこ  
とができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額の100  
分の60に相当する額に満たないときは、当該満たない額に相当する額、勤務その  
他の業務の一部について従事することができない場合において職員の受ける給与  
その他の収入の額が補償基礎額に満たないときは、当該満たない額の100分の60に  
相当する額を休業補償として支給する。

(休業補償を行わない場合)

**第7条の2** 条例第8条ただし書の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

(1) 懲役、禁錮若しくは拘留の刑の執行のため若しくは死刑の言渡しを受けて監  
獄に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されてい  
る場合又は法廷等の秩序維持に関する法律(昭和27年法律第286号)第2条の規  
定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合

(2) 少年法(昭和23年法律第168号)第24条の規定による保護処分として少年院若

しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合又は売春防止法（昭和31年法律第118号）第17条の規定による補導処分として婦人補導院に収容されている場合

（介護補償に係る障害）

**第7条の3** 条例第10条の2の規則で定める障害は、介護を要する状態の区分に応じ、別表第2に定める障害とする。

（葬祭補償の額）

**第7条の4** 条例第15条に規定する規則で定める金額は、31万5,000円に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額とする。

（補償の請求方法）

**第8条** 補償（現に受けている補償の額の変更を含む。以下この条及び第10条において同じ。）を受けようとする者は、受けようとする補償の種類に応じ、様式第2号から様式第11号までの様式による補償の請求書を、職員の勤務する公署（職員が死亡し、又は離職した場合には、その死亡又は離職の直前に勤務した公署）を経由して実施機関に提出しなければならない。ただし、第6条に規定する指定医療機関又は訪問看護事業者において療養を受ける場合の療養補償については、この限りでない。

（遺族補償年金の請求の代表者）

**第9条** 遺族補償年金を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、これらの者は、そのうちの1人を遺族補償年金の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、世帯を異にする等やむを得ない事情のため、代表者を選任することができないときは、この限りでない。

2 遺族補償年金を受ける権利を有する者は、前項の規定により、代表者を選任し、又はその代表者を解任したときは、速やかに書面でその旨を実施機関に届け出なければならない。この場合には、併せてその代表者を選任し、又は解任したことを証明することができる書類を提出しなければならない。

（補償の支給方法）

**第10条** 実施機関は、補償の請求書を受理した場合には、これを審査し、補償に関する決定を行い、速やかに請求者に書面でその決定に関する通知をするとともに、補償を行わなければならない。

（所在不明による支給停止の申請等）

**第11条** 条例第16条において例によることとされる地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第35条第1項又は第2項の規定により遺族補償年金の支給の停止又は支給の停止の解除を申請する者は、様式第12号又は様式第13号による申請書（遺族補償年金の支給停止の解除を申請する場合にあっては、これらの申請書及び年金証書）を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の規定による申請に基づき遺族補償年金の支給を停止し、又は支給の停止を解除したときは、当該申請を行った者に速やかに書面でその旨を通知しなければならない。

（年金証書）

**第12条** 実施機関は、傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）の支給に関する通知をするときは、当該補償を受けるべき者に対し、併せて様式第14号による年金証書を交付しなければならない。

2 実施機関は、既に交付した年金証書の記載事項を変更する必要がある場合は、

当該証書と引換えに新たな証書を交付しなければならない。

3 実施機関は、必要があると認めるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

**第13条** 年金証書の交付を受けた者は、その証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、再交付の請求書に亡失の理由を明らかにすることができる書類又は損傷した証書を添えて、証書の再交付を実施機関に請求することができる。

2 年金証書の再交付を受けた者は、その後において亡失した証書を発見したときは、速やかにこれを実施機関に返納しなければならない。

**第14条** 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該証書に係る年金たる補償を受ける権利が消滅した場合には、遅滞なく、当該年金証書を実施機関に返納しなければならない。

(定期報告)

**第15条** 年金たる補償を受ける者は、毎年1回2月1日から同月末日までの間に、様式第15号から様式第16号までにより、その障害若しくは障害の現状又は遺族補償年金の支給額の算定の基礎となる遺族の現状に関する報告書を実施機関に提出しなければならない。ただし、実施機関があらかじめその必要がないと認めて通知した場合は、この限りでない。

(届出)

**第16条** 年金たる補償を受ける者は、次に掲げる場合には、遅滞なくその旨を実施機関に届け出なければならない。

(1) 氏名又は住所を変更した場合

(2) 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア その負傷又は疾病が治った場合

イ その障害の程度に変更があつた場合

(3) 障害補償年金を受ける者にあつては、その障害の程度に変更があつた場合

(4) 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア 条例第13条第1項(同項第1号を除く。)の規定により、その者の遺族補償年金を受ける権利が消滅した場合

イ その者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の数に増減を生じた場合

ウ 遺族補償年金を受ける権利を有する妻にその者と生計を同じくしている他の遺族で遺族補償年金を受けることができるものがない場合において、その妻が55歳に達したとき(条例第12条第1項第4号に規定する障害の状態にあるときを除く。)又は条例第12条第1項第4号に規定する障害の状態になり、若しくはその事情がなくなったとき(55歳以上であるときを除く。)

2 補償を受ける権利を有する者が死亡した場合には、その者の遺族は、遅滞なくその旨を実施機関に届け出なければならない。

3 前2項の届出をする場合には、その事実を証明することができる書類その他の資料を実施機関に提出しなければならない。

(福祉事業の種類)

**第17条** 条例第17条第1項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

(1) 外科後処置に関する事業

(2) 補装具に関する事業

(3) リハビリテーションに関する事業

- (4) 休養に関する事業
- (5) アフターケアに関する事業
- (6) 休業援護金の支給
- (7) 在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業
- (8) 介護用機器に関する事業
- (9) 在宅介護のための住宅に関する事業
- (10) 奨学援護金の支給
- (11) 就労保育援護金の支給
- (12) 傷病特別支給金の支給
- (13) 障害特別支給金の支給
- (14) 遺族特別支給金の支給
- (15) 障害特別援護金の支給
- (16) 遺族特別援護金の支給
- (17) 傷病特別給付金の支給
- (18) 障害特別給付金の支給
- (19) 遺族特別給付金の支給
- (20) 障害差額特別給付金の支給
- (21) 長期家族介護者援護金の支給
- (22) 身体障害者用自動車に関する事業

2 条例第17条第2項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 公務上の災害の防止に関する活動を行う団体に対する援助に関する事業
- (2) 公務上の災害を防止する対策の調査研究に関する事業
- (3) 公務上の災害を防止する対策の普及及び推進に関する事業  
(福祉事業の実施)

**第18条** 実施機関は、福祉事業を行うに当たっては、その内容について理事長と協議しなければならない。

(福祉事業の申請等)

**第19条** 第17条第1項の福祉事業を受けようとする者は、実施機関の定めるところにより、申請書を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の申請書を受理したときは、速やかに申請者に対し、承認するかどうかを通知しなければならない。

### 第3章 審査会

(審査会の招集等)

**第20条** 審査会は、会長が招集する。

2 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができない。

3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、会長は、委員として議決に加わる権利を有する。

4 前項の場合において、可否同数のときは、会長が決する。

5 会長は、会議録を調製し、開会の日時及び場所、出席委員の氏名、議事の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。

6 前各項に定めるもののほか、審査会に関し必要な事項は、審査会が定める。

(審査の申立て)

**第21条** 補償の実施について不服がある者が条例第18条第1項の規定により審査を

申し立てようとするときは、これを書面でしなければならない。

2 前項の書面（以下「審査申立書」という。）には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名押印して、正副2通を、書類、記録その他の資料を添えて審査会に提出しなければならない。

(1) 災害を受けた者の氏名、住所及び生年月日並びに災害発生当時の職並びに所属部局

(2) 申立人が災害を受けた職員以外の者であるときは、その氏名、住所及び生年月日並びにその職員との続柄又は関係

(3) 補償に関する当局の措置

(4) 申立ての趣旨

(5) 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所及び職業

(6) 請求の年月日

3 審査申立書の記載事項に変更を生じた場合には、請求者は、その都度その旨を速やかに審査会に届け出なければならない。

#### 第4章 雑則

（第三者の行為による災害についての届出）

**第22条** 補償の原因である災害が第三者の行為によって生じたときは、補償を受けるべき者は、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）並びに被害の状況を遅滞なく、実施機関に届け出なければならない。

（旅費の支給）

**第23条** 条例第20条第1項の規定により出頭した者に対する旅費の支給については、河北郡市広域事務組合職員等の旅費に関する条例（平成16年河北郡市広域事務組合条例第19号）の定めるところによる。

（通勤による災害に係る一部負担金）

**第23条の2** 条例第22条の2第1項に規定する規則で定める職員は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 第三者の加害行為によって通勤による災害を受けた者

(2) 療養開始後3日以内に死亡した者

(3) 休業補償を受けない者

(4) 同一の通勤による災害に関し、既に一部負担金を払い込んだ者

2 条例第22条の2第1項に規定する規則で定める金額は、200円（健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第2項に規定する日雇特例被保険者である職員にあっては、100円）とする。ただし、当該額が、現に療養に要した費用の総額又は休業補償の総額を超える場合には、それらの総額のうち小さい額（それらの総額が同じ額るときはその額）に相当する額とする。

（公署の長の助力等）

**第24条** 補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、自ら補償の請求その他の手続を行うことが困難である場合には、職員の勤務する公署の長は、その手続を行うことができるように助力しなければならない。

2 職員の勤務する公署の長は、補償を受けるべき者から補償を受けるために必要な証明を求められた場合には、速やかに証明をしなければならない。

3 前2項の規定は、第17条第1項の福祉事業を受けようとする者について準用する。

(記録簿)

**第25条** 実施機関は、災害補償記録簿及び福祉事業記録簿(様式第17号)並びに年金記録簿(様式第18号)を備え、必要な事項を記入しなければならない。

### 附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。  
(葬祭補償の額の特例)
- 2 第7条の4の規定による金額が補償基礎額の60倍に相当する金額に満たないときは、条例第15条に規定する規則で定める金額は、当分の間、第7条の4の規定にかかわらず、補償基礎額の60倍に相当する金額とする。  
(障害補償年金前払一時金)
- 3 条例附則第2条の3第1項の規定による障害補償年金前払一時金の支給に係る申出は、障害補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に障害補償年金の支払があった場合であっても、実施機関の行う当該障害補償年金の支給の決定に関する通知があった日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。
- 4 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。
- 5 障害補償年金前払一時金の額は、当該障害補償年金前払一時金に係る障害補償年金に係る障害の等級に応じ、それぞれ条例附則第2条の2の表の右欄に掲げる額(当該障害補償年金が、条例第16条において例によることとされる地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)第29条第6項の規定によるものである場合(次項において「障害加重の場合」という。)にあっては、次項に定める額。以下「障害補償年金前払一時金の限度額」という。)又は障害補償年金前払一時金の限度額の範囲内で、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうちから当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。ただし、附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、当該障害補償年金に係る障害の等級に応じ、それぞれ障害補償年金前払一時金の限度額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該障害補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。
- 6 障害加重の場合の障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金の限度額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に掲げる額とする。
  - (1) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第7級以上の等級に該当する場合 加重後の障害の等級に応じそれぞれ条例附則第2条の2の表の右欄に掲げる額から、加重前の障害の等級に応じそれぞれ同表の右欄に掲げる額を差し引いた額
  - (2) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第8級以下の等級に該当する場合 加重後の障害の等級に応じそれぞれ条例附則第2条の2の表の右欄に掲げる額に、当該障害補償年金に係る地方公務員災害補償法施行規則(昭和42年自治省令第27号)第27条の規定の例による金額を当該障害補償年金に係る加重後の障害の程度に応ずる条例第9条の規定による金額で除して得た数を乗じて得た額
- 7 障害補償年金は、附則第3項本文の規定による申出が行われた場合にあつては、

当該障害補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額が当該障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) 当該障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金が支給された月後の最初の障害補償年金に係る支払期月から1年を経過する月以前の各月（附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日の属する月の翌月以後の月に限る。）に支給されるべき障害補償年金の額

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき障害補償年金の額を、100分の5に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の金額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に100分の5に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9 条例附則第3条第1項の規定による遺族補償年金前払一時金の支給に係る申出は、遺族補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に遺族補償年金の支払があつた場合であっても、条例第3条第2項の規定による通知があつた日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

（遺族補償年金前払一時金）

10 第9条の規定は、遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときにおける遺族補償年金前払一時金の請求及び受領について準用する。

11 附則第3項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。

12 遺族補償年金前払一時金の額は、補償基礎額の1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、遺族補償年金を受ける権利を有する遺族（附則第10項の規定により代表者が選任された場合には、当該代表者。以下この項において同じ。）が申し出た額とする。ただし、附則第3項ただし書の規定による申出の場合には、補償基礎額の800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、補償基礎額の1,000倍に相当する額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る遺族補償年金の額を差し引いた額を超えない範囲内で遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が申し出た額とする。

13 遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときは、遺族補償年金前払一時金の額は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する額をその人数で除して得た額とする。

14 条例附則第3条第3項の規定により遺族補償年金の支給が停止される期間は、当該遺族補償年金を支給すべき事由の生じた日の属する月の翌月（附則第3項た



だし書の規定による申出が行われた場合には、当該申出が行われた日の属する月の翌月）から、次に掲げる額の合計額が遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間とする。

(1) 前払一時金が支給された月後の最初の遺族補償年金の支払期月から1年を経過した月（次号において、「一時経過月」という。）前の各月に支給されるべき遺族補償年金の額の合算額（附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、当該申出が行われた日の属する月以前の期間に係る遺族補償年金の額を除く。）

(2) 1年経過月以後各月に支給されるべき遺族補償年金の額を、100分の5にその経過した年数（当該年数に1未満の端数を生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額の合算額

（支給停止期間満了の通知）

15 実施機関は、条例附則第2条の3第3項、附則第3条第3項及び附則第4条の2第4項の支給停止期間が満了したときは、速やかに当該支給停止に係る障害補償年金又は遺族補償年金を受ける権利を有する者に対してその旨を通知しなければならない。

（届出）

16 年金たる補償を受ける者は、当該補償の事由となった障害又は死亡について条例附則第5条第1項に掲げる年金たる給付が支給されることとなった場合、その給付の額が変更された場合又はその支給を受けられなくなった場合には、その事実を明らかにすることができる書類を添えて、速やかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

#### 別表第1（第2条の2関係）

1 公務上の負傷に起因する疾病

2 物理的因子にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病及びこれらに付随する疾病

(1) 紫外線にさらされる業務に従事したため生じた前眼部疾患又は皮膚疾患

(2) 赤外線にさらされる業務に従事したため生じた網膜火傷、白内障等の眼疾患又は皮膚疾患

(3) レーザー光線にさらされる業務に従事したため生じた網膜火傷等の眼疾患又は皮膚疾患

(4) マイクロ波にさらされる業務に従事したため生じた白内障等の眼疾患

(5) 理事長の定める電離放射線（以下「放射線」という。）にさらされる業務に従事したため生じた急性放射線症、皮膚かきよう等の放射線皮膚障害、白内障等の放射線眼疾患、放射線肺炎、再生不良性貧血等の造血器障害、骨え死その他の放射線障害

(6) 高圧室内作業又は潜水作業に係る業務に従事したため生じた潜かん病又は潜水病

(7) 気圧の低い場所における業務に従事したため生じた高山病又は航空減圧症

(8) 暑熱な場所における業務に従事したため生じた熱中症

(9) 高熱物体を取り扱う業務に従事したため生じた熱傷

(10) 寒冷な場所における業務又は低温物体を取り扱う業務に従事したため生じた凍傷

- (11) 著しい騒音を発する場所における業務に従事したため生じた難聴等の耳の疾患
  - (12) 超音波にさらされる業務に従事したため生じた手指等の組織え死
  - (13) (1)から(12)までに掲げるもののほか、物理的因子にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 3 身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に従事したため生じた次に掲げる疾病及びこれらに付随する疾病
- (1) 重激な業務に従事したため生じた筋肉、けん、骨若しくは関節の疾患又は内臓脱
  - (2) 重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務に従事したため生じた腰痛
  - (3) チェンソー、ブッシュクリーナー、さく岩機等の身体に振動を与える機械器具を使用する業務に従事したため生じた手指、前腕等の末しょう循環障害、末しょう神経障害又は運動器障害
  - (4) せん孔、タイプ、電話交換、電信等の業務その他上肢に過度の負担のかかる業務に従事したため生じた手指のけいれん、手指、前腕等のけん、けんしょう若しくはけん周囲の炎症又は頸肩腕症候群
  - (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 4 化学物質等にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病及びこれらに付随する疾病
- (1) 理事長の定める単体たる化学物質又は化合物（合金を含む。）にさらされる業務に従事したため生じた疾病であって、理事長が定めるもの
  - (2) ふっ素樹脂、塩化ビニル樹脂、アクリル樹脂等の合成樹脂の熱分解生成物にさらされる業務に従事したため生じた眼粘膜の炎症又は気道粘膜の炎症等の呼吸器疾患
  - (3) すず、鉍物油、うるし、タール、セメント、アミン系の樹脂硬化剤等にさらされる業務に従事したため生じた皮膚疾患
  - (4) たん白分解酵素にさらされる業務に従事したため生じた皮膚炎、結膜炎又は鼻炎、気管支ぜん息等の呼吸器疾患
  - (5) 木材の粉じん、獣毛のじんあい等を飛散する場所における業務又は抗生物質等にさらされる業務に従事したため生じたアレルギー性の鼻炎、気管支ぜん息等の呼吸器疾患
  - (6) 綿、亜麻等の粉じんを飛散する場所における業務に従事したため生じた呼吸器疾患
  - (7) 空気中の酸素濃度の低い場所における業務に従事したため生じた酸素欠乏症
  - (8) (1)から(7)までに掲げるもののほか、化学物質等にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 5 粉じんを飛散する場所における業務に従事したため生じたじん肺症又は理事長の定めるじん肺の合併症
- 6 細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病及びこれらに付随する疾病
- (1) 患者の診療若しくは看護の業務又は研究その他の目的で病原体を取り扱う

業務に従事したため生じた伝染性疾患

- (2) 動物若しくはその死体、獣毛、革その他動物性の物又はぼろ等の古物を取り扱う業務に従事したため生じたブルセラ症、炭そ病等の伝染性疾患
- (3) 湿潤地における業務に従事したため生じたワイル病等のレプトスピラ症
- (4) 屋外における業務に従事したため生じたつつが虫病
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病

7 がん原性物質又はがん原性因子にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病及びこれらに付随する疾病

- (1) ベンジジンにさらされる業務に従事したため生じた尿路系しゅよう
- (2) ベーターナフチルアミンにさらされる業務に従事したため生じた尿路系しゅよう
- (3) 4-アミノジフェニルにさらされる業務に従事したため生じた尿路系しゅよう
- (4) 4-ニトロジフェニルにさらされる業務に従事したため生じた尿路系しゅよう
- (5) ビス(クロロメチル)エーテルにさらされる業務に従事したため生じた肺がん
- (6) ベンゾトリクロリドにさらされる業務に従事したため生じた肺がん
- (7) 石綿にさらされる業務に従事したため生じた肺がん又は中皮しゅ
- (8) ベンゼンにさらされる業務に従事したため生じた白血病
- (9) 塩化ビニルにさらされる業務に従事したため生じた肝血管肉しゅ
- (10) 放射線にさらされる業務に従事したため生じた白血病、肺がん、皮膚がん、骨肉しゅ又は甲状腺がん
- (11) すず、鉱物油、タール、ピッチ、アスファルト又はパラフィンにさらされる業務に従事したため生じた皮膚がん
- (12) (1)から(11)までに掲げるもののほか、がん原性物質又はがん原性因子にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病

8 前各号に掲げるもののほか、公務に起因することの明らかな疾病

別表第2（第7条の3関係）

介護を要する状態の区分	障害
常時介護を要する状態	(1) 神経系統の機能又は精神の著しい障害であつて、その程度が常に介護を要するもの (2) 胸腹部臓器の機能の著しい障害であつて、その程度が常に介護を要するもの (3) 前2号に掲げるもののほか、条例別表第1に定める第1級に該当する障害であつて前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの又は条例別表第2に定める第1級に該当する障害であつて前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの
随時介護を要する状態	(1) 神経系統の機能又は精神の著しい障害であつて、その程度が随時介護を要するもの (2) 胸腹部臓器の機能の著しい障害であつて、その程度が随時介護を要するもの (3) 条例別表第1に定める第1級に該当する障害であつて前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの又は条例別表第2に定める第1級に該当する障害であつて前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの

様式第1号（第4条関係）

公務災害補償通知書

年 月 日

様

（実施期間の職氏名）

⑩

あなたは、河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、次の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

1 被災職員の氏名

2 災害発生日 年 月 日

3 傷病名

## 補 償 の 内 容

### 1 あなたが被災職員である場合

#### (1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

#### (2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の100分の60に相当する金額の休業補償を受けることができます。

#### (3) 傷病補償年金

公務上負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

#### (4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

#### (5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

#### (6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

### 2 あなたが被災職員以外の者である場合

#### (1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母

⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹

⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者(遺族補償年金を受ける権利を有する者)に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

なお、①、③、⑤及び⑥の「60歳以上」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(ア)の欄に掲げるとおりとなります。

また、⑦の「55歳以上60歳未満」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(イ)の欄に掲げるとおりとなり、(ウ)の欄に掲げる年齢に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

職員の死亡した日	(ア)	(イ)	(ウ)
昭和61年9月30日まで	55歳以上		
昭和61年10月1日から 昭和62年9月30日まで	56歳以上	55歳	56歳
昭和62年10月1日から 昭和63年9月30日まで	57歳以上	55歳以上 57歳未満	57歳
昭和63年10月1日から 平成元年9月30日まで	58歳以上	55歳以上 58歳未満	58歳
平成元年10月1日から 平成2年9月30日まで	59歳以上	55歳以上 59歳未満	59歳

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

[注意事項]

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡をとって、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間（傷病補償年金、障害補償及び遺族補償については、5年間）行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、規則に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災職員の所属機関に問い合わせてください。



様式第1号の2（第4条関係）

通 勤 災 害 補 償 通 知 書

年 月 日

様

（実施期間の職氏名）

⑩

あなたは、河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、次の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

1 被災職員の氏名

2 災害発生年月日 年 月 日

3 傷病名

## 補 償 の 内 容

### 1 あなたが被災職員である場合

#### (1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

#### (2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の100分の60に相当する金額の休業補償を受けることができます。

#### (3) 傷病補償年金

公務上負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

#### (4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

#### (5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

#### (6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

### 2 あなたが被災職員以外の者である場合

#### (1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母

⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹

⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

なお、①、③、⑤及び⑥の「60歳以上」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(ア)の欄に掲げるとおりとなります。

また、⑦の「55歳以上60歳未満」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(イ)の欄に掲げるとおりとなり、(ウ)の欄に掲げる年齢に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

職員の死亡した日	(ア)	(イ)	(ウ)
昭和61年9月30日まで	55歳以上		
昭和61年10月1日から 昭和62年9月30日まで	56歳以上	55歳	56歳
昭和62年10月1日から 昭和63年9月30日まで	57歳以上	55歳以上 57歳未満	57歳
昭和63年10月1日から 平成元年9月30日まで	58歳以上	55歳以上 58歳未満	58歳
平成元年10月1日から 平成2年9月30日まで	59歳以上	55歳以上 59歳未満	59歳

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

〔注意事項〕

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡をとって、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間（傷病補償年金、障害補償及び遺族補償については、5年間）行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、規則に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

様式第2号（第8条関係）

療養の給付請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所..... ..... ふりがな 氏名..... (印)	
1 被災職員に関する事項	所属部局名		職名
	氏名		年 月 日生 ( 歳)
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等		(新) 所在地	
		名 称	
		(旧) 所在地	
		名 称	

*受 理	年 月 日	*通 知	年 月 日
------	-------	------	-------

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。

様式第3号（第8条関係）

療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回	
(実施機関の職氏名) .....様 次の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所..... ..... ふりがな..... 氏 名..... <span style="float:right">㊞</span>		
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名..... <span style="float:right">㊞</span>			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の住所..... 氏名(代表者名)..... <span style="float:right">㊞</span>			
2 被災職員の関する事項	所属部局名	職 名		
	氏 名	年 月 日生( 歳)		
	負傷又は発病の年月日	年 月 日		
3 診 療 費	内訳は「*9 診療費請求明細」欄記載のとおり		円	
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「*10 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から.....日間 年 月 日まで	円	
5 移 送 費	交通費 .....から.....まで <input type="checkbox"/> 片道.....回 キロメートル <input type="checkbox"/> 往復		円	
	その他の移送費		円	
6 上記以外の療養費			円	
7 療養補償請求金額 (3～6の合計額)			円	
8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	*受理	年 月 日
		銀行 支店	*決定金額	円
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	口座番号		*通知	年 月 日
	預金名義者			
送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	*支払	年 月 日
その他				

\* 9 診療費請求明細

(1) 傷病名	ア イ ウ		(2) 診療開始日	ア 年 月 日	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
				イ 年 月 日	診療実日数	日		
				ウ 年 月 日	転 帰			
					治ゆ	死亡	中止	
(3) 診察料	初診	時間外・休日・深夜	回	点				
	再診	再 診	回					
		内科再診	回					
		時間外 休日・深夜	回					
指導		回						
往診	普通	回						
	夜間	回						
	深夜・暴風雨雪・難路	回						
(4) 投薬料	内服	薬剤 調・処	単位	回				
		薬剤 調・処	単位	回				
	外用	薬剤 調・処	単位	回				
(5) 注射料	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					
(6) 処置料			回					
			回					
	薬剤		回					
(7) 麻酔料・ 手術料			回					
			回					
	薬剤		回					
(8) 検査料			回					
			回					
	薬剤		回					
(9) レント料			回					
			回					
(10) その他								

(11)	入院年月日		年 月 日		
	入院	病院	看特2	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)	点
			看特1	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間	
			看3	入院時医学管理料 2週間以内 × 日間	
	診察所	基 食 ・ 衣	看2	2週間超～1月以内 × 日間 1月超～3月以内 × 日間	
			看1	3月超 × 日間	
			その他		
	(12)	診療報酬点数表により計算できる合計額		合計点数 × 1点単価	円
	(13)	診療報酬点数表により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等	円
	(14)	診療費請求合計額		(12) + (13)	円
<p>上記の事項は事実と相違ありません。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">           診療機関の { 所在地            名称            医師の氏名         </p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>					



*10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)																																				
傷病名		(訪問看護期間)																																				
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回																																				
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日 年 月 日																																				
	円× 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日																																				
	准看護師	訪問日																																				
円× 回 円		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																
8	9	10	11	12	13	14																																
15	16	17	18	19	20	21																																
22	23	24	25	26	27	28																																
29	30	31																																				
管理療養費	初日 円 2回目以降 円																																					
情報提供療養費	円	提供した情報の概要																																				
		情報提供先の市区町村名																																				
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円	(備考)																																				
合計	円																																					
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名																																						
医療機関の名称																																						
主治医氏名																																						
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。																																						
年 月 日																																						
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名 ㊞																																						

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 3 「4 看護料（訪問看護を除く。）」及び「5 移送費」については、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「6 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「\*9 診療費請求明細」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。

様式第4号（第8条関係）

休業補償請求書

		請求回数	第 回
(実施機関の職氏名) .....様 次の休業補償を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所..... ..... ふりがな ..... 氏名 ..... ⑩	
1 被災職員に 関する事項	所属部局名	職名	
	氏名	年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発病の年月日	年 月 日	
2 請求日数等	年 月 日から のうち 日 年 月 日まで	{ 全部休業した日数 日 一部休業した日数 日	
[ 全部休業した日に支払われた給与の総額 円 ] [ 一部休業した日に支払われた給与の総額 円 ]			
*3 所属部局の 長の証明の	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属部局の { 所在地 名称 長の職・氏名 ⑩		
4 休業補償	全部休業した日についての計算	(補償基礎額) (請求日数)	[ 全部休業した日に支払われた給与の総額 ] 円 × 日 × $\frac{60}{100}$ - 円 = 円(A)
	一部休業した日についての計算	(補償基礎額) (請求日数)	[ 全部休業した日に支払われた給与の総額 ] 円 × 日 × $\frac{60}{100}$ - 円 = 円(B)
	休業補償請求金額	(A) + (B) 円	
5 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。		

* 6	傷病名	
	請求日数のうち療養のため勤務することが できなかつたと認められる日数 年 月 日から のうち 日 年 月 日まで	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名	

7 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	* 受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
		預金名義者		* 通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 年金証書の番号	第 号
その他			* 支給開始年月日	年 月 日	

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 請求日数等」の欄には、河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例第8条ただし書及び同規則第7条の2に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。
- 3 「\* 6 医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、既に療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。
- 4 この請求書を提出するときに、請求する休業補償と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金

- (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
- (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
- (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
- (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）

様式第4号の2 (第8条関係)

傷病補償年金請求書

(実施機関の職氏名)  .....様  次の傷害補償年金を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所.....  ふりがな ..... 氏名 ..... ㊟	
被 災 者 に 関 する 事 項	1 所属部局名	職名	
	氏名	年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発病 の年月日 年 月 日	傷病等級該当 年月日 年 月 日	
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 日常生活の状態			
5 傷病等級	第 級 号		
6 傷病補償年金請求金額	(年金補償基礎額)	(倍数)	円 × = 円
7 厚生年金保険法等 の適用関係	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。		

8 送 金 希 望 の 場 合	口座振替	振込先金融 機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金 小切手	受取先金融 機関名	銀行 支店	*年金証書 の番号	第 号
その他			*支給開始 年月日	年 月 日	

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 この請求書を提出するときに、請求する傷病補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）

様式第4号の3 (第8条関係)

傷病補償年金変更請求書

(実施機関の職氏名) .....様  次のとおり傷病補償年金の変更を請求 します。	請求年月日                    年    月    日
	請求者の年金 証書の番号                    第            号  請求者の住所.....  ふりがな ..... 氏 名..... (印)
1 現在受けている傷病補償年金の 傷病等級	第            級
2 現在受けている傷病補償年金 の支給が開始された年月	年    月
3 障害の程度に変更があった年月日	年    月    日
4 変更後の障害の部位及びその程度	(第            級)
5 変更後の傷病補償年金請求額	(年金補償基礎額)            (倍数) 円 ×                    =                    円

*受理	年    月    日	*通知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
*変更後の 傷病等級	第            級		年    月    日
*決定金額	円	*支給開始 年月日	年    月    日

[注意事項] 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。

様式第5号（第8条関係）

障害補償 年金 請求書  
一時金

(実施機関の職氏名)  .....様  次の傷害補償を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所.....  ふりがな ..... 氏 名..... ㊟	
1 被災者に 関する 事項	所属部局名		職名
	氏名		年 月 日生 ( 歳)
	負傷又は発病 の年月日	年 月 日	治ゆ年月日 年 月 日
2 障害の部位及びその程度			
3 既存障害とその程度			
4 障害等級		第 級 号	
5 障害補償請求 金額	年金	(年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
	一時金	(補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
6 厚生年金保険法等の 適用関係		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	

7 送金希望の 場合	口座振替	振込先金融 機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金 小切手	受取先金融 機関名	銀行 支店	*年金証書 の番号	第 号
その他			*支給開始 年月日	年 月 日	



[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「3 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 3 「6 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、障害補償年金を受けようとする者について記入すること。

なお、この請求書を提出するときに、請求する障害補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。

- (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
- (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
- (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
- (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
- (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
- (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）

様式第6号（第8条関係）

障 害 補 償 変 更 請 求 書

(実施機関の職氏名) .....様		請求年月日	年	月	日
		請求者の年金 証書の番号	第	号	
次のとおり障害補償の変更を請求します。		請求者の住所.....			
		ふりがな..... 氏 名..... (印)			
1	現在受けている障害補償年金 の障害等級	第 級			
2	現在受けている障害補償年金 の支給が開始された年月	年 月			
3	障害の程度に変更があった 年月日	年 月 日			
4	変更後の障害の部位及びその 程度	(第 級)			
5	変更後の障害補償請求 金額	年金	(年金補償基礎額)	(倍数)	円 × = 円
		一時金	(補償基礎額)	(倍数)	円 × = 円

*受理	年 月 日	*通知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	年 月 日
*変更後の 障害等級	第 級	*支払 (一時金)		年 月 日
*決定金額	<input type="checkbox"/> 年金 円 <input type="checkbox"/> 一時金 円	*支給開始 年月日		年 月 日

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 変更後の障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の資料を添付すること。

様式第6号の2 (第8条関係)

介護補償請求書			請求回数	第 回
(実施機関の職氏名) .....様 次の介護補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所.....		
		ふりがな.....		
		氏名..... ㊟		
1 被 災 関 連 事 項 に 関 する 職 員	所属部局名		職名	
	氏名		年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発病の年月日		年 月 日	
2	傷病等級又は 障害等級	<input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級 号) <input type="checkbox"/> 障害等級 (第 級 号)		
3	年金証書の番号	第 号		
4	介護を要する状態の常時又は随時の別		<input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態	
5 請 求 金 額 等	請求対象年月	介護費用を支出せ ずに介護を受けた 日の有無	介護費用として 支出した額	請求月額
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	介護補償請求金額 (請求月額の合計)			
6	介護を受けた 場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称 : ) 入院・入所期間 年 月 日から 年 月 日まで		
7 介 護 に 従 事 者	氏 名	請求者との続柄 又は関係	請求者が介護を受けた期間	
			年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日から 年 月 日まで	
			年 月 日から 年 月 日まで	

8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	*支払	年 月 日
	その他				

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」、「請求月額」の項には、一ヶ月ごとに記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 3 「7 介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、第2回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、省略することができるものであること。）
  - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、第2回目以後の請求において一ヶ月に介護費用を支出せず介護を受けた日があり当該介護を行う者が前回の請求における介護費用請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）
  - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として一ヶ月に支出した額を証明することができる書類（ただし、第2回目以後の請求において一ヶ月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）

様式第7号（第8条関係）

遺族補償年金請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の遺族補償年金を請求します。		請求年月日 年 月 日				
		請求者の住所..... ..... ふりがな 氏名.....(印) 死亡職員との続柄.....				
1 死亡職員に関する事項	所属部局名		職名			
	氏名		年 月 日生 ( 歳)			
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日			
2 請求の事由	<input type="checkbox"/> 職員の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明					
3 請求者及び遺族補償年金を受けられることができる遺族	氏名	生年月日	年齢	住所	死亡職員との続柄	備考
4 既に遺族補償年金を受けている者	氏名	生年月日	年齢	住所	死亡職員との続柄	備考
5 遺族補償年金請求金額の計算	(年金補償基礎額) (乗すべき数) $\text{円} \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \text{円}$					
6 遺族補償年金請求金額	受給権者が1人の場合 又は代表者を選任しない場合		円			
	代表者を選任した場合		$(\text{5の請求年額}) (\text{受給権者の数})$ $\text{円} \times = \text{円}$			
7 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> .....の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった					

8 送金希望の場合		振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日	
	口座振替	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	
		口座番号				円
		預金名義者				
			*通知	年 月 日		
送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	*年金証書の番号	第 号		
その他			*支給開始年月日	年 月 日		

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは請、その者が代表者であるときは代、その者が障害等級第7級以上の障害の状態にあるときは障、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは生と明記すること。
- 3 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄には、「2 請求の事由」の欄の記入が「職員の死亡」以外の場合に記入すること。
- 4 「7 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、死亡職員又は請求者が厚生年金保険法若しくは国民年金法又は旧船員保険法（国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）第5条の規定による改正前の船員保険法をいう。）、旧厚生年金保険法（国民年金等改正法第3条の規定による改正前の厚生年金保険法をいう。）若しくは旧国民年金法（国民年金等改正法第1条の規定による改正前の国民年金法をいう。）の適用を受ける者であるときは「□ の被保険者であった。」の□にレ印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。  
 なお、この請求書を提出するとき、既に当該遺族補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に次に掲げる年金の給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書類で報告すること。
  - (1) 国民年金等改正法附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する母子年金、準母子年金、遺児年金又は寡婦年金

- (4) 厚生年金保険法の規定による遺族厚生年金（以下単に「遺族厚生年金」という。）及び国民年金法の遺族基礎年金（国民年金等改正法附則第28条第1項の規定により支給される遺族基礎年金を除く。以下単に「遺族基礎年金」という。）
  - (5) 遺族厚生年金（当該補償の事由となった死亡について遺族基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 遺族基礎年金（当該補償の事由となった死亡について国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による遺族共済年金又は遺族厚生年金が支給される場合を除く。）又は国民年金法の規定による寡婦年金
- 5 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)、(3)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
- (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務又は通勤により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名、本籍及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
  - (3) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (4) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (5) 請求者が妻1人で、障害等級第7級以上の障害の状態にあるとき（55歳以上の場合を除く。）は、その者が職員の死亡の時以後当該障害の状態にあったこと及び当該障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明する医師の診断書その他の書類
  - (6) 請求者（前号を除く。）又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が障害等級第7級以上の障害の状態にある者であるときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きその障害の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類
  - (7) 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類
  - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類
  - (9) 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類。また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類

様式第7号の2 (第8条関係)

障害補償年金差額一時金請求書

実施機関の職氏名 .....様		請求年月日 年 月 日	
次の傷害補償年金差額一時金を請求します。		請求者の住所.....	
		ふりがな..... 氏名..... <sup>㊞</sup>	
		死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係.....	
1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項	所属部局名		職名
	氏名		
	年 月 日生 ( 歳)		
	死亡年月日 年 月 日	年金証書の 番号 第 号	
死亡時の 障害等級 第 級	既存障害と その程度		
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄 又は関係	支給された 年金の額の 合計 円
			支給された 前払一時金 の額 円
	(補償基礎額) $\left[ \begin{array}{c} \text{乗すべき数} \\ \text{(ア)} \end{array} \right]$		$\left[ \begin{array}{c} \text{支給された年金} \\ \text{及び前払一時金} \\ \text{の額の合計} \end{array} \right]$
円 ×		円 × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}} =$ 円	
3 障害補償年金差額一時金の請求金額	円		



4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	*支払	年 月 日
	その他				

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」の「既存障害とその程度」の欄には、既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 3 「2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等」の「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる条例附則第2条の2第1項の表の右欄に掲げる補償基礎額に乗すべき数をそれぞれ記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に他の補償の請求に関し、既に提出されている書類又はその写しについては、添付の必要はないこと。
  - (1) 障害補償年金の受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他当該障害補償年金の受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書
  - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、障害補償年金の受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (4) 請求者が、障害補償年金の受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、障害補償年金の受給権者の死亡の当時生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
  - (5) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
  - (6) 請求者が、死亡した障害補償年金の受給権者の遺言又はその任命権者に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類

様式第7号の3 (第8条関係)

障害補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日
		請求者の住所..... ..... ふりがな 氏名..... <span style="float: right;">㊞</span>
1 障害等級	第 級	
2 既存障害とその程度		
3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日	
4 年金証書の番号	第 号	
5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで 円	
6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額	(1) 限度額を選択した場合 (補償基礎額) (乗ずべき数) 円 × = 円
	補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 に相当する額 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	(2) 限度額以外を選択した場合 (補償基礎額) 円 × 倍 = 円
	請求金額	円

7 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	*支払	年 月 日
	その他				

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「2 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 3 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 4 「6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等」の欄については、請求者が選択するにレ印を記入すること。

様式第8号 (第8条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の遺族補償年金前払一時金を請求します。	請求年月日 年 月 日	
	請求者の住所..... ..... ふりがな ..... 氏名..... (印) 死亡職員との続柄.....	
1 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日	
2 年金証書の番号	第 号	
3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで 円	
4 代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	
5 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000倍 補償 <input type="checkbox"/> 800倍 基礎 <input type="checkbox"/> 600倍 額の <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	(1) 請求額 (補償基礎額) 円 × 倍 × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$
		(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額) (受給権者の数) 円 × = 円

6 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	円
		口座番号			
	預金名義者		*通知	年 月 日	
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店		
その他			*支払	年 月 日	

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 3 「4 代表者の選任等」の欄には、該当する□にレ印を記入すること。
- 4 「5 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等」の欄については、請求者（代表者）が選択する□にレ印を記入すること。
- 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、その旨を証明する書類、また、代表者を選任しないときは、その旨を記載した書類を添付すること。

様式第9号（第8条関係）

遺族補償一時金請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の遺族補償一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日			
		請求者の住所..... ..... ふりがな ..... 氏名..... (印) 死亡職員との続柄.....			
1 死亡 関 する 事 項 に 関 する	所属部局名		職名		
	氏名				
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日		
2 遺族 補償 一時 金 請 求 額 の 計 算	受給権者の氏名	生年月日	死亡職員との続柄又は関係	(補償基礎額) (支給率) (支給された年金額の総計) $\text{円} \times 400 \times \frac{\quad}{100} = \text{円}$ $\times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \text{円}$	
	遺族補償年金が支給されていた場合	年金の受給権者であった者の氏名	年金証書の番号		支給された年金額の合計
			第 号		円
		第 号		円	
		第 号		円	
総 計				円	
3 遺族補償一時金請求額		円			

4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者		*通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店		
	その他			*支払	年 月 日

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の項には、すべての受給権者について記入すること。
- 3 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「遺族補償年金が支給されていた場合」の項には、この請求書の提出前に当該補償の事由となった職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていた場合にのみ記入すること。また、「(支給率)」の項には、条例附則第4条各号に掲げる支給率のうち、請求者の該当するものを記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務上の事由によるものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者の氏名、本籍及び死亡職員との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
  - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (4) 職員の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者のないことを証明する書類
  - (5) 請求者が死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (6) 請求者が配偶者、死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として死亡職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (7) 請求者が、死亡職員の遺言又はその任命権者に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
  - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類

様式第10号 (第8条関係)

葬 祭 補 償 請 求 書

(実施機関の職氏名)  .....様  次の葬祭補償を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所.....  ふりがな..... 氏 名..... (印)  死亡職員との続柄.....	
1 死 関 亡 関 職 する 員 事 に 項	所属部局名		職名
	氏名  年 月 日生 ( 歳)		
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日	
2 葬 金 祭 額 補 計 償 算 請 求	(補償基礎額) (A) 315,000円 + 円 × 30 = 円		
	(補償基礎額) (B) 円 × 60 = 円		
	(C) (A)、(B)のうち高い金額 □(A) □(B)		
3 葬祭補償請求金額			円

4 送 金 希 望 の 場 合	口座振替	振込先金融 機関名	銀行 支店	*受理	年 月 日
		□普通預金 □当座預金		*決定金額	円
		口座番号			
	預金名義者		*通知	年 月 日	
	送金 小切手	受取先金融 機関名	銀行 支店		
その他			*支払	年 月 日	

[注意事項]

請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。



様式第11号（第8条関係）

未支給の補償請求書

(実施機関の職氏名) .....様 次の未支給の補償の支給を請求します。		請求年月日	年	月	日
		請求者の住所.....			
		ふりがな	.....		
		氏名	..... <sup>㊞</sup>		
		死亡した受給権者との続柄.....			
1 死亡した受給権者	氏名				
	死亡年月日	年	月	日	
2 未支給の補償	種類	年金たる補償のときは年金証書の番号	第	号	
	請求金額	円			

3 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行	支店	*受理	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	円		
		口座番号						
	預金名義者			*通知	年	月	日	
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行	支店	*支払	年	月	日
	その他							

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
  - (1) 死亡受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
  - (2) 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
    - ア 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
    - イ 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認

めることのできる書類

ウ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類

(3) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類

(4) 死亡受給権者が、この請求に係る未支給の補償分についてまだ請求をしていなかったときは、その請求を行うこととした場合に必要な書類

様式第12号（第11条関係）

遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の職氏名) .....様 次の所在不明者に係る遺族補償年金の 支給停止を申請します。		申請年月日 年 月 日		
		申請者の年金 第 号 証書の番号 請求者の住所..... ..... ふりがな ..... 氏 名 ..... (印) ..... 年 月 日生 ( 歳 ) 所在不明者との続柄.....		
1 所在不明者	年金証書の番号 ..... 第 ..... 号			
	氏名 ..... 最後の住所 ..... 所在不明となっ た年月日 ..... 年 月 日 所在不明の事由			
2 申請者の 同順位者	氏 名	住 所	年金証書の番号	所在不明者との 続柄
			第 号	
			第 号	
			第 号	
			第 号	
			第 号	

*受理	年 月 日	*通知	年 月 日
*決定内容	年 月分から停止		

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「申請者の年金証書の番号」の項は、申請者が所在不明者と同順位者である場合にのみ記入すること。
- 3 「1 所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。
- 4 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。
- 5 この申請者には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

様式第13号 (第11条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関の職氏名)  .....様  次のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。	申請年月日           年   月   日
	申請者の年金 証書の番号                               第       号  請求者の住所.....  ..... ふりがな 氏 名..... <span style="float: right;">㊟</span>  .....年   月   日生(    歳)
支給停止となった年月	.....年   月

*受理	.....年   月   日	*通知	.....年   月   日
*決定内容	.....年   月分から解除		

[注意事項]

- 1 申請書は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、併せて年金証書を提出すること。

様式第14号（第12条関係）

第 号

地方公務員災害補償

年金証書

受給権者の氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日生

補償の種類 \_\_\_\_\_

支給開始年月 \_\_\_\_\_ 年 月

河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により上記のとおり支給します。

（実施機関の職氏名）

印

〔注意事項〕

- 1 この証書は、河北郡市広域事務組合非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（以下「条例」という。）によって傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから大切に保管してください。
- 2 この補償は、毎年2月、4月、6月、8月、10月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。なお、損害賠償を受けたときは、その限度で年金が支払われないこととなりますので、詳細は実施機関にお問い合わせください。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を実施機関に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) この年金と同一の事由によって、昭和61年3月以前から支給され、かつ、現に支給されている旧船員保険法、旧厚生年金保険法若しくは旧国民年金法の規定による年金の額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合又は厚生年金保険法若しくは国民年金法の規定による年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合
  - (3) 傷病補償年金においては、その傷病等級に変更のあった場合
  - (4) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあった場合
  - (5) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
  - (6) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が55歳に達したとき（条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態にあるときを除く。）
  - (7) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態になり、又はその状態でなくなったとき（55歳以上であるときを除く。）
- 4 この補償を受ける権利は譲り渡したり、担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 年金受給権者（遺族補償年金の場合にあつては被災職員の妻であった者に限る。）が、銀行等の金融機関の少額預金の利子所得等の非課税取扱い又は郵便貯金の利子所得の非課税取扱いを受けようとする場合は、年金証書を金融機関の営業所等又は郵便局に提示することにより非課税の取扱いが認められます。
- 6 この請求書を亡失したり、著しく損傷したときは再交付を実施機関に請求してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合はこの証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 7 あらかじめ実施機関からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間に、実施機関に対し障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 8 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
  - (1) 傷病補償年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 条例別表第1の傷病等級に該当しなくなった場合

(2) 障害補償年金の場合

ア 受給権者が死亡した場合

イ 条例別表第2の障害等級の第7級以上に該当しなくなった場合

(3) 遺族補償年金の場合

ア 受給権者が死亡した場合

イ 受給権者が婚姻（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をした場合

ウ 直系血族又は直系婚姻以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となった場合

エ 離縁によって、死亡した職員との親族関係が終了した場合

オ 受給権者が死亡した職員の子、孫又は兄弟姉妹であるときは、その者が18歳に達した日以後の最初の3月31日が終了した場合（その者が職員の死亡の時から引き続き条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態にある場合を除く。）

カ 条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなった場合

- 9 実施機関又は公務災害補償等審査会から報告又は出頭等を求められたとき、その報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、出頭せず、又は医師の診断を拒んだ者は、条例第24条の規定により、20万円以下の罰金に処せられます。



様式第15号（第15条関係）

障害の現状報告書（傷病補償年金）

(実施機関の職氏名) .....様  次のとおり障害の現状を報告します。  年 月 日  <div style="text-align: right;">                     報告者の住所.....                      .....                      ふりがな                      氏名..... (印)                 </div>					
1	年金証書の番号	第	号		
2	傷病補償年金の支給開始年月	年	月		
3	傷病等級	第	級		
4	障害の状況				
5	日常生活の概要				
6 公的年金の 受給関係の	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始年月	所轄社会保険 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
				* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)	

[注意事項]

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告書は、\*印の欄には記入しないこと。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

\* 7 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

（日常生活の状態）

- |        |   |    |    |
|--------|---|----|----|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる                | 理由 |    |
| ② 食事   | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   |    | 理由 |
| ③ 用便   | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   |    |    |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない      | 理由 |    |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる<br><input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 |    |

(4) 傷病及び障害の今後の見込み

（報告者の氏名）

\_\_\_\_\_ については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の

所在地  
名称  
医師の氏名

印

様式第15号の2 (第15条関係)

障害の現状報告書 (障害補償年金)

(実施機関の職氏名) .....様  次のとおり障害の現状を報告します。  年 月 日  <div style="text-align: right;">                     報告者の住所.....                      .....                      ふりがな                      氏 名..... (印)                 </div>					
1	年金証書の番号	第	号		
2	治ゆ年月日	年	月		
3	傷病等級	第	級		
4	障害の状況				
5	日常生活の概要				
6 公的年金の 受給関係の	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始年月	所轄社会保険 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
				* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)	

[注意事項]

- 1 この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告書は、\*印の欄には記入しないこと。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

\* 7 医師の証明

〔 器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(2)の欄について記入してください。 〕

(1) 障害の種類

(2) 障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- |        |  |        |        |
|--------|--|--------|--------|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる                 | 〔 理由 〕 |        |
| ② 食事   | <input type="checkbox"/> まったく自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                  |        | 〔 理由 〕 |
| ③ 用便   | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                    |        |        |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない       | 〔 理由 〕 |        |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる。<br><input type="checkbox"/> 支障がない |        | 〔 理由 〕 |

(3) 障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

\_\_\_\_\_ については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地  
名称  
医師の氏名 ㊞

様式第16号 (第15条関係)

遺族の現状報告書

(実施機関の職氏名)  
 .....様

次のとおり遺族の現状を報告します。

年 月 日

報告者 (代表者) 第 号  
 の年金証書の番号

報告者の住所.....

ふりがな .....  
 氏 名..... (印)

1 死病職員の氏名		(死亡年月日 年 月 日)			
2 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	障害の有無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
3 公的年金の受給関係	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始年月	所轄社会保険 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	

\* 支給 支給停止 ( 免責 条例附則第3条の一時金 所在不明 )

[注意事項]

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 2 報告書は、\*印の欄には記入しないこと。
- 3 「障害の有無」の項には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市区町村長の発行する証明書
  - (2) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類
  - (3) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書

様式第17号 (第25条関係)

災 害 補 償 記 録 簿

通知年月日		年 月 日		災害発生の 日時		年 月 日 ( 曜 )		障害保障		<input type="checkbox"/> 障害保障年金 <input type="checkbox"/> 障害保障一時金					
被災職員に関する事項	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				災害発生の 場所				午前・午後 時 分 ごろ		<input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> 施設内 { <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他		第 級 号	
	生年月日									年 月 日生 ( 歳 )				<input type="checkbox"/> 事故 { <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他	
	住所	<input type="checkbox"/> 同僚加害 <input type="checkbox"/> 同僚加害以外 <input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償 <input type="checkbox"/> 一部補助				災害発生の 状況				事故の態様		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		年 月 日 支給決定 支払	
	所属部局名									災害発生時の 従事職務 認定理由等		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 条例附則第3条の一時金額 円 ( 年金支給停止期間 年 月から 年 月まで ) <input type="checkbox"/> 一時金額 円	
	職名									傷病名・傷 病の部位及 び程度		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金	
	退職年月日	年 月 日				傷病等級該 当年月日				年 月 日		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		年 月 日 支給決定 支払	
第三者加害行為		<input type="checkbox"/> 同僚加害 <input type="checkbox"/> 同僚加害以外 <input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償 <input type="checkbox"/> 一部補助				治ゆ年月日				年 月 日		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		年 月 日 支給決定 支払	
補償基礎額・ 年金補償基礎額		補償基礎額 円 年 月 日 決定 年金補償基礎額 年 月 日 決定				死亡年月日				年 月 日		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		年 月 日 支給決定 支払	
故意の犯罪行為 等による制限の 有無及び制限期 間		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償				傷病補償年金				第 級 号		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		氏 名 死亡職員との 続柄又は関係	
条例附則第5条 による調整関係		年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始年月	所轄社会保険事務所等	年金額 円 年 月 日支給決定		受給権者 氏 名 死亡職員との 続柄又は関係						
		円	第 号	年 月			金額 円		年 月 日 支払						
		円	第 号	年 月			葬祭補償		葬祭を行った者の 氏名及び死亡職員 との続柄又は関係						
備考															

災害補償記録簿 { (裏)  
2号紙 (表)  
2号紙 (裏)

療 養 補 償				休 業 補 償						介 護 補 償				
支払年月日	診療期間	診察実日数	支払金額	支払年月日	診療期間	休業実日数	補償基礎額	支払金額	備考	支払年月日	支払に係る月	常時、随時の別	支払金額	備考
年 月 日	自 至	日	円	年 月 日	自 至	日	円	円		年 月 日	自 至		円	
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
. . .				. . .						. . .				
累 計				累 計						累 計				



災害補償記録簿 3号紙 第三者加害求償

災害発生年度		年度	職種				
被災職員	氏名			加害者等	住所	示談	
	所属部局名				氏名		
	災害の種類等	<input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 年 月 日発生			住所		
					氏名		
					住所		
加害の状況				氏名			
				交渉状況等			
過失割合		(被) : (加)					
自賠責保険等	加害者	契約先		備考			
		証明書番号 号					
	被害者	契約先					
		証明書番号 号					



災害発生年度	年度	職名	
--------	----	----	--

福 祉 事 業 記 録 簿

申請者の氏名等	年 月 日生	被災職員 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族	治ゆ年月日	年 月 日	障害補償 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (第 級)
---------	--------	--------------	--	-------	-------	--

申請者の住所				申請者が遺族の場合被災職員の死亡年月日	年 月 日
--------	--	--	--	---------------------	-------

種 類	実施内容	支払金額	支払年月日	備 考
外 科 後 処 置		円	年 月 日 ・	
補 装 具				
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン				
休 養				
ア フ タ ー ケ ア				
休 業 援 護 金				
在宅介護を行う介護人の派遣				
介 護 用 機 器				
在宅介護のための住宅				
奨 学 援 護 金				

就 勞 保 育 援 護 金				
傷 病 特 別 支 給 金				
障 害 特 別 支 給 金				
遺 族 特 別 支 給 金				
障 害 特 別 援 護 金				
遺 族 特 別 援 護 金				
傷 病 特 別 給 付 金				
障 害 特 別 給 付 金				
遺 族 特 別 給 付 金				
障 害 差 額 特 別 給 付 金				
長 期 家 族 介 護 者 援 護 金				
身 体 障 害 者 用 自 動 車				
振 込 先 金 融 機 関 名	銀行	支店		
口 座 番 号				

福祉事業記録簿 { (裏)  
2号紙 (表)  
2号紙 (裏)

支払年月日	種類	支払金額	備考	支払年月日	種類	支払金額	備考
年 月 日		円		年 月 日		円	
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				. .			
. .				累 計			

様式第18号 (第25条関係)

傷病補償年金記録簿

受給権者の氏名・ 生年月日		年 月 日生 ( 歳)		年金証書の番号 第 号		受給権者の住所															
傷病等級		第 級 ( 年 月 日決定)				傷病の名称、部位及びその状態															
		第 級 ( 年 月 日決定)																			
		第 級 ( 年 月 日決定)				故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間		<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで													
支給開始年月		年 月																			
条例附則第5条による調整関係		年金の種類 (障害等級第 級)		年金の年額		年金証書の記号 番号		支給開始年月		所轄社会保険事務所等		備 考									
				円		第 号		年 月													
				円		第 号		年 月													
傷病補償年金の年額	支給年月		補償基礎額		年金補償基礎額		条例第8条の2による年金額		条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額		傷病補償年金の年額	支給年月		補償基礎額		年金補償基礎額		条例第8条の2による年金額		条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額	
	年 月から		円		円		円		円			年 月から		円		円		円		円	
	年 月から											年 月から									
	年 月から											年 月から									
	年 月から											年 月から									
振込先金融機関名			銀行 支店			備考															
口座番号																					

傷病補償年金記録簿 { (裏)  
2号紙 (表)  
2号紙 (裏)

支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円		年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円	
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・			累 計				

障 害 補 償 年 金 記 録 簿

受給権者の氏名・ 生年月日	年 月 日生 ( 歳)	年金証書の番号 第 号	受給権者の住所								
傷病等級	第 級 ( 年 月 日決定)		障害の部位及びその状態								
	第 級 ( 年 月 日決定)										
	第 級 ( 年 月 日決定)		故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 無	年 月 日まで				
支給開始年月	年 月										
条例附則第5条による調整関係	年金の種類 (障害等級第 級)		年金の年額	年金証書の記号 番号	支給開始年月	所轄社会保険事務所等	備 考				
			円	第 号	年 月						
			円	第 号	年 月						
傷病補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額	傷病補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額
	年 月から	円	円	円	円		年 月から	円	円	円	円
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
振込先金融機関名	銀行 支店		備考								
口座番号											



傷病補償年金記録簿 { (裏)  
2号紙 (表)  
2号紙 (裏)

支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円		年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円	
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・			累 計				

遺 族 補 償 年 金 記 録 簿

死亡職員の氏名・生年月日					年 月 日生					支給開始年月					年 月				
遺族補償年金受給資格者	氏名	生年月日	住所			死亡職員との続柄	受給資格に変動を生じた年月日			その事由	年金証書の番号	備考							
			.....				年 月 日				第 号								
			.....				. .				第 号								
			.....				. .				第 号								
			.....				. .				第 号								
			.....				. .				第 号								
条例附則第5条による調整関係		年金の種類	年金の年額		年金証書の記号番号			支給開始年月		所轄社会保険事務所等			備考						
			円		第 号			年 月											
			円		第 号			年 月											
傷害補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	乗ずべき数	条例第12条による年金額	条例附則第5条による調整後の年金額	遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	乗ずべき数	条例第12条による年金額	条例附則第5条による調整後の年金額						
	年 月から	円	円		円	円		年 月から	円	円		円	円						
	年 月から							年 月から											
	年 月から							年 月から											
	年 月から							年 月から											
	年 月から							年 月から											
振込先金融機関名		銀行 支店			備考														
口座番号																			

遺族補償年金記録簿

(裏)  
2号紙 (表)  
2号紙 (裏)

支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円		年 月～ 年 月分	歳	年 月 日 ・   ・	円	
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・					・   ・		
		・   ・			累 計				